

	月 日	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	主 任	係 員
伺	丁						

特定疾病認定申請を承認いたしたい。

☒ マイナ保険証の利用登録なし

→ 特定疾病療養受療証を発行・送付

☐ マイナ保険証の利用登録あり

→ 特定疾病療養受療証を発行せず、通知文書を送付

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者の 記 号・番 号	山 1	0	0	0	0	2	3	4	(枝番)	0	2
フリガナ	シモノセキ ハナコ										性 別
認定を受けよう とする被保険者 氏名	下関 花子										1 男 ② 女
個 人 番 号	1234 5678 9000										
生 年 月 日	昭和 25 年 1 月 1 日										
認定を受けようとする 被保険者の掛かってい る疾病の名称・病名	☒ 人工透析を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群										受 付 本 庁 支 所
備 考											担 当 者 受付者 印

上記により、特定疾病の認定を申請します。

令 和 3 年 5 月 1 日

住所 下関市 南部 町 丁目

1 番 1 号

(世帯主)
氏名

下関 太郎

電話番号 () 231 - 1668

(あて先)

下 関 市 長